

ESEMPIO F24

PER IL PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO ALL'ENTE BILATERALE

Mod. F24

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A: _____ AGENZIA _____ PROV. _____
PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE _____
cognome, denominazione o ragione sociale _____ nome _____
data di nascita _____ sesso (M o F) _____ comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____
comune _____ prov. _____ via e numero civico _____

DATI ANAGRAFICI

DOMICILIO FISCALE

CODICE FISCALE del coobbligato, erede, genitore, tutore o curatore fallimentare _____ codice identificativo _____

SEZIONE ERARIO

codice tributo	rateazione/regione/prov. mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
IMPOSTE DIRETTE - IVA					
RITENUTE ALLA FONTE					
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI					
codice ufficio	codice alto				SALDO (A-B)
TOTALE A			B		

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/tilde azienda	periodo di riferimento: da min/aaaa a max/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
						SALDO (C-D)
TOTALE C				D		

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
						SALDO (E-F)
TOTALE E				F		

SEZIONE IMU E ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/codice comune	Rateazione/mese rif.	Saldo mensuale	codice tributo	rateazione/mese rif.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
								SALDO (G-H)
TOTALE G						H		

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI E ASSICURATIVI

denominazione	codice sede	codice ditta	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
								SALDO (I-L)
TOTALE I						L		

INAIL

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da min/aaaa a max/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
							SALDO (M-N)
TOTALE M					N		

FIRMA

SALDO FINALE

EURO + _____

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE)

DATA	CODICE BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE	Pagamento effettuato con assegno	bancario/postale
giorno _____ mese _____ anno _____	AZIENDA _____ CAB/SPORTELLI _____	n.ro _____	☐ circolare/vaglia postale
		tratto / emesso su _____	cod. ABI _____ CAB _____

Autorizza addebito su conto corrente codice IBAN _____ firma _____

1° COPIA PER LA BANCA/POSTE/AGENTE DELLA RISCOSSIONE

DATI AZIENDALI

NON COMPILARE

NON COMPILARE

CODICE SEDE
Codice sede INPS di riferimento (es.: 7200 Salerno)*

CAUSALE CONTRIBUTO
Codice FCBI

MATRICOLA
Matricola INPS Aziendale

PERIODO
Periodo di riferimento del pagamento

IMPORTI
Il pagamento a debito annuo è stabilito in € 120 per ogni dipendente